

Potensi Akses yang Dimiliki Rumahtangga, Wenny Artanty, dkk.

POTENSI AKSES YANG DIMILIKI RUMAHTANGGA TERHADAP PEMANFAATAN AKTUAL PELAYANAN KONTRASEPSI

THE INFLUENCE OF HOUSEHOLD'S POTENTIAL ACCES TO ACTUAL ACCESS IN CONTRACEPTION SERVICES IN CENTRAL JAVA

Wenny Artanty¹, Djaswadi Dasuki², Nawi Ng²

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, FK UGM, Yogyakarta

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Difference in social economic influenced the inequity in fulfilling health needs. The goal of health development in Indonesia increased awareness, desire, and capability to make the healthness. Everyone had equal right to obtain health services.

Objective: To know the influence of household's potential access to actual access in utilizing contraceptive services.

Method: This study was an observational research using cross sectional approach. It used secondary data from Sakerti 2000 result. The sample consisted of 2233 household from Central Java province. Bivariable analysis used chi-square test and multivariable analysis used logistic Regression test with 0,05 significant level.

Result: The factors influencing household's potential access to actual access of contraceptive services was household who had more than 5 members and owner of health assurance. The household who had more than 5 member and owner of health assurance had 1,7 and 1,5 time more access to contraceptive services than those who had less than 5 members and had not owner of health assurance.

Conclusion: Household who had more than 5 members and owner of health assurance were potential access in utilizing contraceptive services. The social structure was not a barrier in utilizing contraceptive services.

Keywords : potential access, actual access, household, contraceptive services

PENDAHULUAN

Besarnya kesenjangan kondisi kesehatan masyarakat kaya dan miskin dapat diamati dengan tingginya angka kematian dan kesakitan ibu di negara-negara berkembang dibandingkan dengan di negara maju. Kesenjangan kondisi kesehatan juga dapat dilihat dengan tingginya angka penderita penyakit kronis yaitu (42%) pada penduduk yang mempunyai pendapatan minimal. Pada penduduk yang mempunyai pendapatan tinggi penderita penyakit kronis hanya sekitar (18%) dari semua kasus penyakit kronis.¹

Jumlah penduduk miskin di Indonesia pada tahun 2000 menurut Komite Penanggulangan Kemiskinan sebesar 38.743.710 penduduk. Pada tahun 2001 sedikit menurun sebesar 37.867.050 penduduk dan tahun 2002 jumlah mencapai 38.394.040 penduduk, serta terakhir pada tahun 2003 jumlah penduduk miskin mencapai 37.339.400 penduduk. Tingginya jumlah penduduk miskin ini didukung oleh jumlah penduduk miskin yang masih tinggi di provinsi besar seperti Jawa Tengah. Provinsi Jawa Tengah angka kemiskinan didominasi oleh

penduduk yang tinggal di pedesaan. Pada tahun 2002 jumlahnya 4.546.050 penduduk dari jumlah total penduduk miskin di provinsi ini yaitu 7.308.330 penduduk atau sekitar (23,06%) jumlah penduduk Jawa Tengah. Pada tahun 2003 angka ini menurun dengan total penduduk miskin Jawa Tengah sebesar 6.980.000 juta penduduk atau sekitar (21,78%) jumlah penduduk Jawa Tengah.²

Kebutuhan untuk mendapatkan pelayanan Keluarga Berencana (KB) tidak hanya dibutuhkan oleh masyarakat dengan kondisi sosial-ekonomi yang baik, tetapi justru sangat penting untuk masyarakat dengan pendapatan yang rendah. Tujuannya adalah untuk mengatur jumlah kelahiran, jarak kelahiran, usia melahirkan demi memperbaiki kesejahteraan dan kesehatan bagi anggota keluarganya. Melihat adanya ketidaksesuaian antara kemampuan (potensi akses) yang dimiliki keluarga untuk mendapatkan pelayanan KB khususnya pelayanan kontrasepsi dengan pemanfaatan pelayanan keluarga berencananya (akses riil) maka dapat membuat kondisi kesejahteraan dan kesehatan masyarakat miskin semakin terpuruk.

Data Badan Statistik Indonesia menunjukkan *total fertility rate* (TFR) tahun 1996-1999 di Provinsi Jawa Tengah relatif rendah yaitu 2,06 per wanita. Hal ini terkait dengan tingginya keinginan masyarakat di Provinsi Jawa Tengah untuk mengatur kelahiran dalam keluarga baik dari jumlah ataupun jarak kelahiran.³

Menurut Survei Kesehatan Ibu dengan Pendekatan Keluarga (SM-PFA) tahun 2002 tentang sumber pelayanan KB, peserta KB di Provinsi Jawa Tengah sudah tinggi yang memanfaatkan sumber pelayanan KB dari swasta yaitu sekitar (73,8%), sedangkan yang masih menggunakan sumber pelayanan pemerintah sebesar (13,9%) dan sisanya (12,3%) mendapatkan pelayanan dari jalur lain seperti Pos KB/PPKBD atau posyandu. Hal ini menunjukkan bahwa KB sudah dirasakan sebagai kebutuhan primer yang penting bagi keluarga, sehingga setiap keluarga harus mendapatkan pelayanan dan pemenuhan kebutuhannya untuk berkeluarga berencana.⁴

Untuk mewujudkan pelayanan kontrasepsi yang baik perlu mempertimbangkan kesamaan dalam akses pelayanan KB sesuai dengan kebutuhannya, kesamaan dalam penggunaan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya dan kesamaan dalam kualitas pelayanan keluarga yang diterima oleh tiap-tiap orang.⁵ Penelitian ini diharapkan mampu melihat apakah terdapat hubungan potensi akses yang dimiliki rumah tangga terhadap pemanfaatan aktual (akses riil) pelayanan kontrasepsi?

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan pendekatan *crosssectional* yaitu melakukan pengukuran variabel bebas dan variabel tergantung pada waktu yang bersamaan.⁶ Penelitian ini menggunakan sumber data sekunder dari Survei Aspek Kehidupan Rumah tangga Indonesia (Sakerti) tahun 2000.

Jumlah sampel dalam Sakerti tahun 2000 total dari 13 provinsi di Indonesia adalah 10.435 rumah tangga dan dari Provinsi Jawa Tengah tersebut jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 1.200 rumah tangga. Langkah awal dilakukan analisis univariabel pada masing-masing faktor potensi akses dalam rumah tangga. Langkah kedua adalah dengan analisis bivariabel yaitu dengan mengelompokkan rumah tangga

menurut potensi akses dan akses riil untuk menilai ketidakadilan.

Analisa statistik yang dilakukan adalah dengan pembuatan tabel kontingensi, perhitungan *oddsratio* (OR), serta uji *Chi-Square* untuk variabel independen yang bersifat kategori, serta untuk menguji pengaruh variabel *independent* secara bersamaan terhadap variabel *dependent* dilakukan analisis multivariabel dengan analisis regresi logistik.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

Kuesioner Sakerti telah melakukan pembatasan terhadap rumah tangga yang terlibat dalam pengisian kuesioner pemanfaatan kontrasepsi yaitu rumah tangga yang mempunyai anggota rumah tangga wanita yang berusia 15-49 tahun sehingga dari Provinsi Jawa Tengah hanya terdapat 1.200 rumah tangga atau (53,75%) dari semua sampel rumah tangga di Provinsi Jawa Tengah.

Tabel 1 Karakteristik rumah tangga di Provinsi Jawa Tengah

Variabel	Provinsi Jawa Tengah N = 1200 (%)
Kelompok umur wanita	
- 20-45 tahun	795(52)
- < 20 atau >45 tahun	405(55)
Jumlah anggota keluarga	
- ≥ 5 orang	377(54)
- < 5 orang	823(53)
Daerah tempat tinggal	
- Perkotaan	492(58)
- Pedesaan	708(50)
Pekerjaan Kepala rumah tangga*)	
- Bekerja	732(58)
- Tidak bekerja	467(48)
Status Ekonomi*)	
- Baik	593(50,7)
- Cukup	576(49,3)

Sumber: Pengolahan data survei Sakerti 2000

*) Terdapat *missing*

Anggota rumah tangga yang terlibat dalam pengisian kuesioner tentang pemanfaatan kontrasepsi adalah wanita yang pernah menikah berusia 15-49 tahun. Distribusi umur anggota rumah tangga pada Tabel 1 berdasarkan usia reproduksi sehat wanita yaitu: 20-45 tahun, sehingga dalam tabel tersebut dikategorikan sebelum 20 tahun atau lebih dari 45 tahun dan 20-45 tahun. Sebagian besar anggota rumah tangga pada saat survei berada pada usia 20-45 tahun atau sebanyak (66,3%) dari total rumah tangga. Pada usia tersebut anggota rumah tergolong dalam usia reproduktif sehingga

mempunyai kebutuhan khusus untuk mempertahankan kesehatan reproduksinya dengan kontrasepsi. Tujuannya adalah untuk mengatur jumlah anak dan membatasi jumlah anak yang dimiliki oleh rumah tangga.

Distribusi berdasarkan jumlah anggota rumah tangga, sebagian besar rumah tangga memiliki anggota rumah tangga < 5 orang. Untuk rumah tangga yang memiliki lebih dari 5 orang anggota rumah tangganya di Provinsi Jawa Tengah (68,6%). Provinsi Jawa Tengah berdasarkan survei SM-PFA tahun 2000 memiliki karakteristik khusus dalam peran serta aktifnya ke pelayanan KB, dibuktikan dengan tingginya angka partisipasi keluarga berencana yaitu sebesar 65% dari rumah tangganya sudah memanfaatkan pelayanan kontrasepsi.⁷

Tingginya angka kemiskinan rumah tangga di provinsi ini tidak membuat rumah tangga enggan memanfaatkan pelayanan kontrasepsi. Bahkan kemandirian masyarakatnya sudah sangat baik dalam memanfaatkan pelayanan kontrasepsi. Berdasarkan survei yang sama (71%) masyarakat justru memanfaatkan pelayanan kontrasepsi swasta dengan konsekuensinya mereka harus mengeluarkan uangnya sendiri sesuai dengan kebutuhannya. Hanya 11% saja yang menggunakan pelayanan kontrasepsi pemerintah dan sisanya menggunakan fasilitas yang lainnya.⁸

2. Hubungan potensi akses yang di miliki rumah tangga terhadap pemanfaatan aktual pelayanan kontrasepsi

Berdasarkan Tabel 2 setelah dilakukan analisis statistik dengan uji *chi-square* hanya variabel ada atau tidaknya jaminan pemeliharaan kesehatan dan jumlah anggota keluarga yang mempunyai hubungan signifikan terhadap pemanfaatan aktual pelayanan kontrasepsi dengan nilai *p* masing-masing variabel adalah $p < 0,01$. Variabel ada atau tidaknya jaminan pemeliharaan kesehatan memiliki nilai OR 1,5 hal ini menunjukkan rumah tangga yang mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan memiliki kecenderungan 1,5 kali untuk lebih memanfaatkan pelayanan kontrasepsi dibandingkan dengan rumah tangga yang tidak memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan. Variabel jumlah anggota keluarga dengan nilai OR 1,7, hal ini dapat menggambarkan bahwa rumah tangga dengan jumlah anggota lebih atau sama dengan lima orang memiliki kecenderungan 1,7 kali untuk lebih memanfaatkan pelayanan kontrasepsi dibandingkan dengan rumah tangga yang hanya memiliki anggota kurang dari lima orang, sedangkan variabel lain seperti wilayah tempat tinggal, waktu tempuh dan kepemilikan kendaraan tidak mempunyai hubungan *significant* terhadap pemanfaatan pelayanan kontrasepsi.

Tabel 2. Hubungan potensi akses rumah tangga dalam pemanfaatan aktual pelayanan kontrasepsi di Provinsi Jawa Tengah

Variabel	Pemanfaatan aktual pelayanan kontrasepsi		Total N=1200 (%)	χ^2 p-value	OR (CI 95%)
	Ya (%)	Tidak (%)			
Ada atau tidaknya jaminan pemeliharaan kesehatan					
Ya	127 (66,1)	65 (33,9)	192	7,12	1,55
Tidak	562(55,7)	446 (44,3)	1008	0,008	(1,12-2,14)
Wilayah tempat tinggal					
Perkotaan	280 (56,9)	212 (43,1)	492	0,08	0,96
Pedesaan	409 (57,8)	622 (42,2)	708	0,76	(0,76-1,21)
Waktu tempuh ke pelayanan kontrasepsi					
≤15 menit	511 (57,1)	384 (42,9)	895	0,14	0,94
> 15 menit	178 (58,4)	127 (41,6)	305	0,69	(0,93-1,35)
Jumlah anggota keluarga					
≥ 5 orang	251 (66,6)	126 (33,4)	377	18,87	1,75
< 5 orang	438 (53,2)	385 (46,8)	823	0,000	(1,35-2,25)
Kepemilikan kendaraan					
Ya	195 (56,9)	149 (43,1)	346	0,04	0,97
Tidak	492 (57,6)	362 (42,4)	854	0,83	(0,75-1,25)

Berdasarkan teori *Behavioral Model* yang di sampaikan oleh Andersen, akses seseorang atau rumahtangga ke pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh *predisposing factor* dan secara langsung dan tidak langsung juga dipengaruhi oleh *enabling factor* dan *need variables*. Termasuk di dalam *predisposing factor* yaitu: usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, *income* keluarga, sikap dan kepercayaan yang berkaitan dengan kesehatan. Termasuk dalam *enabling factor* yaitu: dukungan sosial, asuransi kesehatan, sumber yang ada dalam rumahtangga untuk kesehatannya, kemampuan membayar. Komponen terakhir adalah *need variable* yaitu kebutuhan akan pelayanan kesehatan.¹⁰

Pelayanan kontrasepsi adalah salah satu bagian dari bentuk pelayanan kesehatan yang disediakan pemerintah untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan keluarga. Sebagian besar masyarakat Indonesia sudah memanfaatkan fasilitas yang diberikan pemerintah melalui pelayanan kontrasepsi di rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, Puskesmas, klinik, apotek, dan pos-pos pelayanan KB yang ada di daerah-daerah.

Tempat penyediaan fasilitas tergantung jenis pelayanan kontrasepsi apa saja yang diberikan. Alat kontrasepsi yang bersifat sederhana, atau alat kontrasepsi yang lebih kompleks dan perlu ahli yang memiliki keterampilan khusus untuk pemasangan alat kontrasepsi ini. Sebagai contoh alat kontrasepsi yang sederhana adalah kondom dan pil kontrasepsi. Pengguna dapat secara langsung tanpa perlu keterampilan khusus untuk menggunakannya, sedangkan penggunaan alat kontrasepsi seperti IUD, suntik dan implant memerlukan tenaga kesehatan khusus untuk pemasangannya. Tetapi semua sudah dapat diterima oleh masyarakat dengan baik di tempat pelayanan di atas.

Pembiayaan untuk kebutuhan kontrasepsi sebagian masih ditanggung pemerintah atau berupa subsidi dari pemerintah, sehingga lebih meringankan beban masyarakat untuk membayar kontrasepsi yang mereka pakai. Walaupun demikian, sebagian kecil masyarakat sudah mampu membiayai kebutuhan kontrasepsinya sendiri. Biasanya mereka mengeluarkan uang dari kantungnya sendiri untuk membayar kontrasepsi yang mereka pakai.

3. Hubungan struktur sosial terhadap pemanfaatan aktual pelayanan kontrasepsi

Struktur sosial dalam rumahtangga yang dalam penelitian ini dinyatakan sebagai variabel pengganggu dalam pemanfaatan aktual pelayanan kontrasepsi, terdapat tiga variabel antara lain: status sosial-ekonomi rumahtangga, pekerjaan rumahtangga dan pendidikan kepala rumahtangga. Ketiga variabel ini berdasarkan analisa statistik dengan uji *Chi-Square* menunjukkan tidak ada hubungan dengan pemanfaatan aktual pelayanan kontrasepsi, hasil dapat dilihat pada Tabel 3.

4. Analisa multipel regresi terhadap pemanfaatan aktual pelayanan kontrasepsi

Analisa multivariabel dilakukan untuk menganalisis secara bersama-sama antara variabel bebas dengan variabel pengganggu. Setelah dilakukan analisa multivariabel dengan regresi logistik maka hanya terdapat dua faktor saja yang berhubungan secara bermakna terhadap pemanfaatan pelayanan kontrasepsi yaitu jumlah anggota keluarga dengan nilai $p < 0,01$ dan ada atau tidaknya jaminan pemeliharaan kesehatan dalam rumahtangga dengan nilai $p < 0,05$.

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan bahwa dari sembilan variabel termasuk usia

Tabel 3. Hubungan struktur sosial dalam rumahtangga terhadap pemanfaatan aktual pelayanan kontrasepsi di Provinsi Jawa Tengah

Variabel	Pemanfaatan aktual pelayanan kontrasepsi		Total N=2233 (%)	X ² p-value	OR (CI 95%)
	Ya	tidak			
Status ekonomi rumahtangga					
Baik	629 (57,2)	469 (42,8)	1098	2,134	1,134
Cukup	595 (54,1)	503 (45,9)	1098	0,144	(0,95-1,34)
Pekerjaan Kepala rumahtangga					
Bekerja	717 (56)	543 (43)	1260	1,43	1,10
Tidak Bekerja	529 (54)	444 (45)	973	0,23	(0,93-1,31)
Pendidikan kepala rumahtangga					
Tinggi	399 (53)	343 (46)	742	1,84	0,88
Rendah	847 (56)	644 (43)	1491	0,17	(0,74-1,05)

Sumber : Pengolahan data survei Sakerti 2000

Tabel 4. Analisis multivariabel terhadap pemanfaatan pelayanan kontrasepsi

Variabel	Pemanfaatan aktual pelayanan kontrasepsi		Total N=1200 (%)	B	p	OR	CI 95%
	Ya (%)	Tidak (%)					
Ada atau tidaknya jaminan pemeliharaan kesehatan							
Ya	127 (66,1)	65 (33,9)	192	0,420	0,014	1,52	(1,08 – 2,12)
Tidak	562(55,7)	446 (44,3)	1008			1,00	
Wilayah tempat tinggal							
Perkotaan	280 (56,9)	212 (43,1)	492	-0,098	0,447	0,90	(0,70– 1,16)
Pedesaan	409 (57,8)	622 (42,2)	708			1,00	
Waktu tempuh ke pelayanan kontrasepsi							
≤ 15 menit	511 (57,1)	384 (42,9)	895	-0,034	0,809	0,96	(0,73 – 1,26)
> 15 menit	178 (58,4)	127 (41,6)	305			1,00	
Jumlah anggota keluarga							
≥ 5 orang	251 (66,6)	126 (33,4)	377	0,564	0,000	1,75	(1,34– 2,29)
< 5 orang	438 (53,2)	385 (46,8)	823			1,00	
Kepemilikan kendaraan							
Ya	195 (56,9)	149 (43,1)	346	-0,026	0,844	0,97	(0,75 – 1,26)
Tidak	492 (57,6)	362 (42,4)	854			1,00	
Status ekonomi rumahtangga							
Baik	351(59,2)	242(40,8)	593	0,22	0,860	1,02	(0,79 – 1,31)
Cukup	319(55,4)	257(44,6)	576			1,00	
Status pekerjaan kepala rumahtangga							
Bekerja	420(57,4)	312(42,6)	732	0,158	0,200	1,17	(0,92 – 1,49)
Tidak Bekerja	259(55,3)	209(44,7)	468			1,00	
Status pendidikan kepala rumahtangga							
Tinggi	194(54,8)	160(45,2)	354	-0,214	0,107	0,80	(0,62 – 1,04)
Rendah	495(58,5)	351(41,5)	846			1,00	
Umur responden							
20-45 tahun	438(55,1)	357(44,9)	795	-0,241	0,06	0,78	(0,61 – 1,01)
<20 dan >45 tahun	251(61,9)	154(38,1)	405			1,00	

Sumber : Pengolahan data survei Sakerti 2000

responden yang mungkin berhubungan dengan pemanfaatan aktual pelayanan kontrasepsi hanya terdapat dua variabel yang mempunyai berhubungan bermakna. Variabel itu adalah jumlah anggota rumahtangga dan kepemilikan jaminan pemeliharaan kesehatan dengan nilai p masing masing adalah $p < 0,00$ dan $p < 0,05$.

Hasil penelitian ini juga jumlah anggota keluarga mempunyai koefisien regresi logistik yang paling tinggi dibandingkan dengan potensi akses yang lain dalam rumahtangga terhadap pemanfaatan aktual pelayanan kontrasepsi. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah anggota keluarga mempunyai hubungan yang paling besar dalam akses riil rumahtangga untuk memanfaatkan pelayanan kontrasepsi. Nilai OR

jumlah anggota rumahtangga adalah sebesar 1,7. Hal ini menunjukkan bahwa rumahtangga yang memiliki anggota rumahtangga lebih dan sama dengan lima orang mempunyai kecenderungan 1,7 kali lebih memanfaatkan pelayanan kontrasepsi dibandingkan dengan rumahtangga yang mempunyai anggota rumahtangga kurang dari lima orang.

Berdasarkan hasil penelitian ini peneliti menyatakan bahwa jumlah anggota keluarga merupakan faktor yang paling penting yang berpengaruh rumahtangga akan memanfaatkan pelayanan kontrasepsi atau tidak. Hasil penelitian ini juga menunjukkan keberhasilan dari program KB yang menanamkan dengan dua anak saja sudah cukup demi kesejahteraan rumahtangga itu juga.

Jumlah anggota keluarga kurang dari lima orang dengan asumsi hanya terdapat empat anggota keluarga saja yang terdiri dari ayah, ibu, dan dua anak. Walaupun peneliti tidak dapat menepis kesalahan asumsi dengan adanya anggota rumahtangga yang bukan anggota keluarga inti tetapi tinggal bersama dalam rumah tersebut.

Beban biaya yang harus ditanggung oleh suatu rumahtangga tergantung pada jumlah pengeluaran yang dikeluarkan oleh anggota rumahtangga. Hal ini juga dipengaruhi oleh jumlah anggota rumahtangga yang ada dan jumlah anggota rumahtangga bekerja. Semakin besar penghasilan yang diperoleh anggota keluarga yang bekerja akan meringankan beban biaya suatu rumahtangga. Biaya yang dikeluarkan termasuk biaya untuk mendapatkan fasilitas kesehatan. Baik untuk pengobatan maupun untuk pemeliharaan kesehatan seperti pelayanan kontrasepsi. Semakin besar anggota keluarga maka akan semakin sedikit proporsi biaya yang bisa mereka gunakan untuk mengunjungi fasilitas kesehatan.¹¹

Susilowati¹² yang menyatakan semakin besar anggota rumahtangga maka semakin besar pula beban yang harus ditanggung rumahtangga dikaitkan dengan beban yang harus ditanggung oleh anggota keluarga usia produktif.

Perbedaan pendapat ini dapat dijelaskan sebagai berikut: walaupun pelayanan kontrasepsi merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan namun pelayanan ini mempunyai ciri khusus. Pelayanan kontrasepsi justru dirasakan rumahtangga sebagai kebutuhan yang sangat perlu untuk mengatur jumlah anak. Rumahtangga mengambil keputusan untuk menggunakan pelayanan kontrasepsi jika anak sudah lebih dari harapan mereka dengan mempertimbangkan dengan semakin banyak jumlah anak semakin besar pula beban yang ditanggung oleh rumahtangga.¹²

Jaminan pemeliharaan kesehatan merupakan salah satu ukuran sumber daya masyarakat dalam pembiayaan kesehatan. Proporsi rumahtangga yang memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan di Jawa Tengah masih rendah, namun demikian tidak menghambat akses riil mereka untuk memanfaatkan pelayanan kontrasepsi. Hsia *et al*¹³ menyatakan bahwa ditemukan hubungan *independent* antara akses individu ke pelayanan kesehatan dengan

faktor sosial-ekonomi seperti asuransi kesehatan dan pendapatan.

Pemanfaatan aktual pelayanan kontrasepsi memiliki perbedaan khusus dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan lainnya pada umumnya, karena dalam pemanfaatan pelayanan kontrasepsi sangat tergantung dari keinginan rumahtangga untuk mengatur dan membatasi jumlah anak yang dimilikinya. Berdasarkan penelitian Sakerti⁴ ini juga dijelaskan bahwa rumahtangga yang tidak menggunakan pelayanan kontrasepsi sebagian besar karena mereka ingin mempunyai anak. Beberapa responden juga menyatakan alasan sedang hamil saat survei dilaksanakan, tidak mau menggunakan alat kontrasepsi, suami tidak setuju dan beberapa alasan lain, sehingga selain potensi akses rumahtangga yang berpengaruh terhadap pemanfaatan aktual pelayanan kontrasepsi, alasan responden untuk tidak memanfaatkan pelayanan kontrasepsi dapat menjadi salah satu faktor yang dapat dipertimbangkan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Jumlah anggota rumahtangga lebih dari lima orang dan kepemilikan jaminan pemeliharaan kesehatan merupakan potensi akses rumahtangga untuk lebih memanfaatkan pelayanan kontrasepsi, serta struktur sosial rumahtangga tidak menjadi barrier rumahtangga di Jawa Tengah untuk memanfaatkan pelayanan kontrasepsi.

Saran

Pelayanan kontrasepsi bukan saja ditekankan pada pembatasan jumlah anak, tetapi juga memperhatikan kesehatan reproduksi dari pengguna pelayanan kontrasepsi, perlunya mensosialisasikan penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan di dalam masyarakat, dengan demikian meningkatkan kesadaran masyarakat untuk lebih memanfaatkan pelayanan kontrasepsi, lebih mengoptimalkan pendistribusian pelayanan kontrasepsi di seluruh daerah termasuk Provinsi Jawa Tengah untuk mengantisipasi barrier/penghalang rumahtangga memanfaatkan pelayanan kontrasepsi.

Diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mencari faktor –faktor lain yang merupakan potensi akses rumahtangga yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kontrasepsi.

KEPUSTAKAAN

1. Phillimore P, Beattie A, Health and deprivation: inequality and the north", Croan Helm. London, 1988.
2. Komite Penanggulangan Kemiskinan (KPK), "Program Penanggulangan Kemiskinan Bidang Kesehatan", Departemen Kesehatan RI. Jakarta, 2004.
3. Badan Pusat Statistik (BPS), Population profile, Jakarta. 2000.
4. BKKBN, Survei kesehatan ibu pendekatan kemitraan dan pendekatan keluarga tahun 2002, BKKBN, Jakarta. 2003.
5. Whitehead, The concepts and principles of equity and health, World Health organization Regional Office for Europe Copenhagen. 2000,
6. Newman TB, Browner WS, Cumming SR, & Hulley SB, Designing an observational study cross sectional and case control studies, Designing Clinical Research, Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia, 2001.
7. Iswarati, Nurudin, Haryadi, Survei kesehatan ibu pendekatan kemitraan dan pendekatan keluarga Provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur, Puslitbang KB dan Kesehatan Reproduksi BKKBN, Jakarta, 2003,
8. Komite Penanggulangan Kemiskinan (KPK), "Program penanggulangan kemiskinan bidang kesehatan", Departemen Kesehatan RI. Jakarta, 2004.
9. Badan Pusat Statistik (BPS), Population profile, Jakarta. 2000.
10. Andersen M, Revisiting The behavioral model and access to medical care: does it matter?, Journal of Health and Social Behavior, 1995;35:1-10.
11. Andersen RM, "Health status and health care access". American Journal of Primary Health. 1978; 68: 5.
12. Susilowati, "Ketidakadilan akses pelayanan kesehatan rawat jalan di Indonesia ", Disertasi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 2004.
13. Annette L, Barriers to health care access among the elderly and who perceives them, American Journal of Public Health, 2004;(10):1788-94.